MAL PERFORANT PLANTAIRE

Éléments étiologiques : Alcoolisme, diabète, déviation des orteils, mais surtout maladies nerveuses (blessure du nerf sciatique, fractures du rachis, ataxie, paralysie générale, etc.) et artérielles (athérome).

Signes cliniques : *Début :* Durillon, centré parfois de rouge (épanchement sanguin), donnant souvent lieu à des douleurs persistantes.

Siège : 1° Au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil ; 2° du petit orteil ; 3° au talon.

Période d'état : Phlyctène au centre du durillon, puis ulcération arrondie bordée d'épiderme épaissi ; fond grisâtre, fongueux ; pus peu abondant, mais ichoreux et fétide ; zone anesthésique autour de l'ulcération ; celle-ci creuse jusqu'aux os et aux articulations.

1° Repos au lit absolu.

2° Abrasion au bistouri du bourrelet épidermique épais qui entoure l'ulcère, pour mettre la plaie sur le même niveau que les tissus voisins.

3° *Si l'ulcère est fongueux* : Curettage ou thermocautérisation.

4° *S'il y a inflammation de voisinage :* Pansement antiseptique humide : compresses trempées dans eau boriquée à 4 p. 100 ou solution de sublimé à 25 centigrammes par litre.

5° *S'il n'y a pas d'inflammation* : Pansement sec (gaze iodoformée).

6° *Être sobre d'amputation*, car la récidive se fait souvent sur le moignon ; mais enlever les séquestres, s'il y en a.

7° Dans les cas rebelles : *Élongation des nerfs.*

Après la guérison, à cause de la fréquence des récidives, défendre les longues marches et les stations verticales prolongées.

Prescrire le port de chaussures spéciales empêchant le point d'appui de se faire sur la cicatrice.

Reprendre le repos au lit à la première menace de récidive.

Traitement général du diabète, de l'athérome, etc.

MÉTRITES

(En dehors de l'état puerpéral.)

Éléments étiologiques : Infections : gonocoque, saprophytes, streptocoque (accouchement, avortement), staphylocoque, colibacille ; cathétérisme utérin septique, congestion utérine.

Signes cliniques : A. *Métrite aiguë : Douleur* aiguë hypogastrique, irradiée dans les reins, les aines, les cuisses ; parfois retentissement péritonéal (sensibilité générale du ventre, météorisme, état nauséeux ..) ; *phénomènes généraux* inconstants (frissons, fièvre, céphalée...) ; *écoulement* visqueux, puis purulent, verdâtre, parfois hémorragique ; *toucher vaginal* douloureux : col gros, œdémateux, entr'ouvert. Guérison ou passage à l'état chronique.

B. *Métrite chronique : Douleur* sourde à l'hypogastre, irradiée dans les lombes, les articulations sacro-iliaque, sacro-coccygienne (coccygodynie), les aines, les cuisses ; *leucorrhée* muco-purulente d'abondance variable ; *troubles menstruels* variables et inconstants, ménorragies, métrorragies (endométrite hémorragique), aménorrhée, dysménorrhée (endométrite exfoliante) ; *symptômes fonctionnels généraux* (syndrome utérin) : dyspepsie, toux, névralgies et névroses, hystérie, asthénie, facies utérin. *Toucher vaginal :* col gros, entr'ouvert, ulcéré, plus ou moins sensible ; kystes folliculaires. *Au spéculum :* muqueuse éversée, ulcérations, polypes muqueux, écoulement muco-purulent...

I. — MÉTRITE AIGUE.

Repos absolu au lit dans le décubitus dorsal ; glace sur le ventre.

A. Injections vaginales chaudes (50 degrés).

Technique : Eau bouillie ; sublimé 20 centigrammes par litre ; lysol à 2 p. 100, etc.

Attitude de la femme : Mettre la femme en décubitus dorsal, sur le bord du lit (toile cirée sous le siège, disposée en gouttière et plongeant dans un sceau), bassin élevé, cuisses

fléchies, en abduction, maintenues par deux aides (ou, à leur défaut, jambes soutenues par deux chaises élevées).

Enduire la vulve de vaseline, surtout au niveau de la fourchette, pour éviter la brûlure de la région par le liquide chaud. Les premières injections seront faites à 48°, puis à 49° et enfin à 50° pour habituer peu à peu la malade.

Instruments nécessaires : Un bock-laveur de deux litres avec son tube de caoutchouc, une canule *en verre* de 12 centimètres de long, à bout olivaire, présentant, sur son pourtour une série d'orifices (faire bouillir le tout).

Antisepsie parfaite des mains de l'opérateur; introduire la canule avec douceur jusque sur le col et faire passer dans le vagin cinq à six litres de liquide (bock tenu par un aide ou suspendu à 1 mètre au-dessus du niveau du vagin); avoir soin de purger l'appareil d'air, avant de placer la canule dans le vagin.

Après l'irrigation, placer contre le col un tampon glycériné (muni d'un fil pour l'extraction). Le tampon et le fil seront stérilisés.

Recommencer la séance deux ou trois fois par jour.

B. — Lavements chauds : (Un quart de lavement à la température de 50°). Avec X gouttes de laudanum après grand lavement glycériné évacuateur.

C. — Émissions sanguines locales : En cas d'insuffisance des moyens précédents :

a) *Sangsues à l'hypogastre ;*

b) *Scarifications du col.*

Technique : Attitude de la femme : comme ci-dessus; *Spéculum* rendant le col bien accessible; *ponctions* du col au bistouri (1 centimètre de profondeur) tout autour et au voisinage du museau de tanche; laisser saigner de une à dix minutes; injection de sublimé (2 litres à 1 p. 5000 à la température de 45°) ; mèche de gaze sur le col.

II. — MÉTRITES CHRONIQUES.

A. — Endométrite hémorragique.

a). **Formes légères.**

1° Injections vaginales très chaudes (voir *Métrorragies*).

2° Repos au lit.

3° Prendre trois fois par jour de XX à XXV gouttes d'extrait fluide d'hydrastis canadensis ou trois pilules par jour avec 30 centigrammes d'hamaméline.

b) **Formes graves ou formes légères résistant aux moyens précédents.**

Curettage : Le pratiquer vers le huitième jour après les règles.

Technique : Soins préopératoires : Pendant les quatre jours qui précèdent le curettage, injections vaginales antiseptiques tièdes (sublimé à 1/2000); pansements vaginaux à la gaze iodoformée.

La veille de l'opération : purger et baigner la malade; raser la vulve; le matin même, debonne heure, lavement boriqué.

Immédiatement avant l'intervention: antisepsie de la vulve, du vagin (savonnage, brossage, lavage au sublimé à 1/2000), et de la face interne des cuisses; entourer de compresses aseptiques le champ opératoire (malade en position de la taille); anesthésie générale préférable, mais non indispensable.

Introduire dans le vagin et faire tenir par un aide deux écarteurs vaginaux (antérieur et postérieur). Saisir avec une pince de Museux la lèvre antérieure du col utérin et abaisser l'utérus aussi près que possible de la vulve (sans jamais exercer de traction violente); si l'utérus ne descend pas, ne pas insister, et se contenter de le fixer avec la pince.

1° Dilatation utérine : Immédiate progressive.

Bougies d'Hégar (jusqu'au n° 12 ou 15) aseptiques et bien vaselinées (vaseline aseptique).

Procéder méthodiquement et avec douceur; ne jamais forcer; diriger la bougie dans la direction de la cavité utérine (préalablement reconnue par l'hystérométrie et le toucher vaginal combiné au palper hypogastrique); employer d'abord une bougie pénétrant sans difficulté et introduire successivement les bougies suivantes de la filière, de diamètre progressivement croissant (accroissement d'un millimètre par bougie); si une bougie a pénétré avec quelque difficulté, la laisser en place deux à trois minutes et faire avec elle de petits massages du col (mouvements de va et vient) avant d'introduire la suivante. Ne recourir à la dilatation lente, par la liminaire, qu'en cas de col sténosé et particulièrement rebelle à la dilatation.

Opération: Introduire une curette mousse non perforée

jusqu'au fond de la cavité utérine (dont la direction a été préalablement reconnue par l'hystéromètre et l'examen bi-manuel); ne faire mordre la curette que de haut en bas et dans une direction oblique par rapport aux parois utérines; faire « crier » le tissu utérin; gratter d'abord la face antérieure, puis la face postérieure, puis les bords, enfin le fond et les angles; gratter le col en dernier lieu, en appuyant plus fort (muqueuse plus adhérente).

Retirer de temps en temps la curette et la nettoyer en la trempant dans une solution phéniquée à 4 p. 100.

L'utérus une fois gratté dans toutes ses parties, faire immédiatement un second curettage « de revision ».

3° Irrigation intra-utérine: Sonde à double courant; solution phéniquée à 1 p. 100 ou de sublimé à 1/5000 chaudes; faire passer un demi-litre, sous faible pression (bock-laveur à 40 centimètres au-dessus du niveau du vagin).

4° Attouchement de la cavité utérine avec un tampon de ouate enroulé autour des mors de la pince à pansement et imbibé de liqueur de Battey (glycérine, 200 grammes, iode, 20 grammes, acide phénique, 100 grammes) ou de teinture d'iode (protéger le vagin, pendant l'introduction du tampon, avec une mèche de gaze placée en arrière et au-dessous du col).

5° Faire une deuxième irrigation intra-utérine.

6° Introduire dans l'utérus une mèche de gaze iodoformée.

7° Placer au fond du vagin, un tampon de gaze iodoformée.

8° Appliquer sur la vulve un chiffonné de gaze aseptique, ouate, bandage en T.

Faire, après quarante-huit heures, un premier pansement (précautions antiseptiques rigoureuses):

Technique : 1° Enlever le tampon vaginal.

2° Faire une injection vaginale au sublimé à 1/5000.

3° Retirer doucement la mèche de gaze intra-utérine et en remettre une autre semblable;

4° Placer au fond du vagin un tampon de gaze iodoformée.

5° Pansement vulvaire aseptique.

Faire, quarante-huit heures plus tard, un second pansement : Absolument dans les mêmes conditions que ci-dessus.

Supprimer, au sixième jour, le pansement intra-utérin.

Se contenter du pansement vaginal que l'on renouvelle chaque jour, en donnant, avant de replacer le tampon de

gaze dans le vagin, une injection de sublimé à 1 p. 5000.

Vers le vingtième jour, laisser la malade se lever et ordonner une injection vaginale antiseptique, matin et soir, pendant quinze jours.

Tout à fait exceptionnellement :

Ligatures des artères utérines.

Hystérotomie et résection de la muqueuse.

Hystérectomie vaginale.

B. — **Endométrite catarrhale.**

Traitement général : Eaux chlorurées sodiques, décongestionnantes, toniques (lymphatisme); eaux ferrugineuses, arsenicales, bains salés, air de mer, hydrothérapie (anémie); eaux alcalines (dyspepsie). Frictions sèches sur tout le corps.

Pas de coït ; pas de constipation (eaux purgatives à dose laxative; huile de ricin; lavements glycérinés).

Traitement local : Injections vaginales antiseptiques (sublimé 20 centigrammes p. 1000) tièdes, chaudes ou très chaudes (50°) suivant l'importance de l'élément congestif; au moins deux par jour.

Y joindre, *traitement intra-utérin :*

Dilatation et irrigations antiseptiques :

En cas d'échec: Faire *le tamponnement intra-utérin :*

A l'aide du dilatateur ou de la laminaire, dilater, et faire passer dans la cavité utérine un litre d'eau phéniquée à 2 p. 100 ou de lysol à 2 p. 100 (solutions tièdes); faire une irrigation par jour.

Après chaque irrigation, drainer la cavité utérine avec une mèche de gaze iodoformée; placer au fond du vagin un tampon de gaze imbibé de glycérine iodoformée.

Après dilatation et irrigation antiseptique de la cavité utérine, fixer l'utérus à l'aide d'une pince de Museux pinçant une des lèvres du col et tenue de la main gauche; avec l'hystéromètre, tenu de la main droite, introduire, jusqu'au fond de la cavité utérine, une lanière de gaze iodoformée de

75 centimètres de long sur 4 à 5 centimètres de large et l'y tasser, au fur et à mesure de son introduction progressive ; placer au fond du vagin un tampon de gaze iodoformée.

Enlever le tamponnement au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures (suivant la tolérance de l'utérus : coliques) et, après une bonne irrigation antiseptique, refaire un tamponnement semblable au premier.

Continuer ce traitement de dix à quinze jours.

En cas d'échec : Cautérisation intra-utérine (après dilatation : bougies d'Hégar, dilatateur de Sims, de Reverdin).

Technique comme pour (A, 4°) : (liqueur de Battey, teinture d'iode, chlorure de zinc à 20 p. 100, solution phéniquée à 5 p. 100).

Faire deux cautérisations par semaine ; entre les séances de cautérisation, maintenir la dilatation utérine par le tamponnement intra-utérin (voir ci-dessus) ou le simple drainage capillaire avec une mèche de gaze iodoformée; faire, après chaque cautérisation, une irrigation intra-utérine avec de l'eau bouillie simple.

Continuer ce traitement pendant une quinzaine de jours.

En cas d'échec : Curettage comme pour (II, A), à renouveler, s'il y a lieu.

C. — **Endométrite exfoliative** (dysménorrhée membraneuse).

Pratiquer le curettage comme pour (II, A).

Faire suivre le curettage d'attouchements de la cavité utérine à la teinture d'iode ; maintenir la dilatation par le drainage à la gaze iodoformée.

Renouveler le curettage, s'il y a lieu, au bout de quelques mois.

D. — **Métrite parenchymateuse.**

Tampons glycérinés à l'ichthyol 10 p. 100.

Injections vaginales très chaudes (45° à 50°).

Massage de l'utérus et tamponnement du vagin.

En cas d'échec (très fréquent) :

Faire un curettage comme pour (II. A).

S'il y a hypertrophie scléreuse du col :

Amputation du col.

S'il y a hypertrophie folliculaire du col :

Opération de Schrœder.

S'il y a déchirure du col :

Opération d'Emmet (trachélorraphie).

MÉTRORRAGIES

(En dehors de la grossesse et de l'état puerpéral).

Éléments étiologiques : Fibromes utérins (polypes, fibromes sous-muqueux, interstitiels); cancer; endométrite hémorragique; déviations utérines; salpingo-ovarites; affections médicales diverses (fièvres graves hémorragiques, hémophilie, lésions organiques du cœur, paludisme...).

Signes cliniques : Hémorragie utérine à caractères très variables suivant les cas (abondance, durée, coloration, etc...), précédée ou non de prodromes (pesanteur hypogastrique, bouffées de chaleur, ténesme vésical, anal...); dans les cas graves : signes généraux des hémorragies abondantes.

I. — MÉTRORRAGIE METTANT, PAR SON ABONDANCE, LES JOURS DE LA FEMME EN DANGER.

1° *Injections vaginales d'eau bouillie très chaudes* (50°-55°) :

Mettre la femme en décubitus dorsal, la tête basse, le bassin très élevé, les cuisses fléchies en abduction et maintenues par deux aides. Asepsie des mains de l'opérateur.

Instruments nécessaires : Un bock-laveur de 2 litres avec son tube en caoutchouc; une canule en verre de 10 à 12 centimètres de long, à bout olivaire présentant, sur son pourtour, une série d'orifices (faire bouillir le tout).

Injecter dans le vagin, dont l'orifice doit regarder presque directement en haut, plusieurs litres d'eau bouillie à 50° ou 55°; faire remplir plusieurs fois le bock; faire tenir ou suspendre le bock à 1 mètre au-dessus du niveau du vagin.

En cas d'échec :

2° *Tamponnement du vagin :*

Soins préopératoires : Évacuer la vessie par la sonde, et le rectum par une grande irrigation rectale chaude; laver

le vagin et la vulve à l'eau phéniquée faible à 1 p. 100 ou au sublimé (20 centigrammes pour 1000); plonger dans la solution précédente de sublimé ou mieux dans la solution concentrée d'alun, des mèches de gaze aseptique de 10 centimètres de large et aussi longues que possible.

Technique : La femme étant dans la position sus-indiquée, introduire le spéculum dans le vagin et bien dilater ce dernier.

Pincer avec une pince de Museux la lèvre antérieure du col et, de la main gauche tenant la pince, attirer le col en bas et en avant; de la main droite, saisir entre les mors d'une longue pince une des extrémités d'une mèche de gaze bien exprimée et la porter jusqu'au fond du cul-de-sac postérieur; ouvrir la pince et saisir la portion de la mèche qui affleure à la vulve; la tasser dans le cul-de-sac postérieur; continuer la même manœuvre jusqu'à replétion du cul-de-sac (employer plusieurs mèches, si une ne suffit pas); faire de même le tamponnement des culs-de-sac antérieur et latéraux, en attirant le col utérin du côté opposé (afin de faire bâiller le cul-de-sac); appliquer de même une mèche bien tassée sur le museau de tanche; enlever dès lors la pince de Museux; retirer un peu le spéculum, et continuer à tasser, sans bourrer, au-dessous des mèches déjà en place, de nouvelles mèches, jusqu'à réplétion à peu près complète du vagin.

Enlever le spéculum; appliquer sur la vulve une couche de ouate et un bandage en T.

Laisser le tamponnement vingt-quatre heures; l'enlever alors et faire dans le vagin une abondante irrigation avec de l'eau bouillie chaude.

Si l'hémorrhagie recommence, refaire, de la même façon, un nouveau tamponnement.

Pendant ces différentes manœuvres, charger un aide de faire sous la peau une injection de sérum artificiel (500-1500 grammes) (Voir ce mot), et une injection d'ergotine (1 gramme).

En cas d'échec :

3° *Injection intra-utérine* d'eau bouillie à 50°, suivie d'un *tamponnement utérin* avec une mèche de gaze aseptique imbibée de la solution de gélatine à 5 p. 100 stérilisée :

Technique : Mettre le spéculum; saisir avec une pince de

Museux la lèvre antérieure du col; dilater progressivement le col avec le dilatateur de Reverdin; introduire ce dilatateur, au fur et à mesure de la dilatation, dans la cavité utérine; ajuster à sa tubulure latérale l'extrémité du tube du bock-laveur et faire passer dans l'utérus, sous faible pression (bock à 50 centimètres au-dessus du vagin), plusieurs litres d'eau bouillie très chaude.

Introduire à l'aide d'un hystéromètre, dans la cavité utérine, une mèche de gaze ou mieux de gaze gélatinée parfaitement aseptique.

En cas d'échec :

4° Compression de l'aorte, ligature des artères utérines à travers les culs-de-sac vaginaux, ligature des quatre membres à leur racine.

II. — MÉTRORRAGIE NE COMPROMETTANT PAS IMMÉDIATEMENT L'EXISTENCE.

Repos absolu en position horizontale.

Injections vaginales très chaudes.

Glace sur le ventre dans un sachet imperméable (caoutchouc, gutta-percha laminée), en ayant soin d'interposer entre la peau et le sac de glace un morceau de flanelle.

Potion avec 1 gramme d'ergotine, ou XXX gouttes d'extrait fluide d'hydrastis canadensis, par cuillerées à bouche toutes les deux heures (s'assurer, bien entendu, au préalable, qu'il n'y a pas de grossesse).

En cas de persistance inquiétante : tamponnement du vagin (comme pour I).

III. — MÉTRORRAGIES HABITUELLES, N'IMPLIQUANT PAS UNE INTERVENTION D'URGENCE.

Traiter la cause.

A. — Fibromyomes.

Myomectomie, énucléation abdominale, hystérectomie abdominale, hystérectomie vaginale (suivant les indications).

Polypes.

Extirpation :

Technique : Soins préopératoires : Raser la vulve, savonner le vagin et la vulve, brosser, laver à l'alcool et au sublimé à 1 p. 1000; injection vaginale antiseptique tiède.

Placer la malade comme pour (I. 1°), bien étaler le vagin avec deux écarteurs, antérieur et postérieur, et les confier à un aide.

a) Petit polype à pédicule grêle, faisant saillie entre les lèvres du col :

Saisir le polype entre les mors d'une pince à tumeurs et tordre deux ou trois fois jusqu'à rupture du pédicule.

b) Polype à pédicule plus volumineux :

Saisir le polype entre les mors de la pince à tumeurs, tirer sur le polype (s'assurer par le palper hypogastrique qu'il n'y a pas d'inversion) faire trois tours de torsion sur l'axe, glisser jusqu'au pédicule, au niveau de son insertion utérine, des ciseaux courbes sur le plat et sectionner à petits coups le pédicule, en continuant à tordre, jusqu'à ce que la tumeur se détache (la torsion fait l'hémostase).

Injection intra-utérine chaude (I. 3°); mèche de gaze iodoformée dans l'utérus et le vagin pendant quarante-huit heures; puis injections vaginales au sublimé (25 centigrammes de sublimé par litre); en faire deux par jour.

Au huitième jour, faire lever la malade.

c) Polype à pédicule très vasculaire (vaisseaux reconnus à la palpation) :

Pincer le pédicule, au ras de l'utérus, avec une forte pince à ligaments larges; sectionner aux ciseaux le pédicule en avant de la pince; laisser la pince à demeure pendant quarante-huit heures.

Traitement consécutif comme pour *b*.

d) Polype volumineux remplissant le vagin :

1° Morceler la portion vaginale.

2° Traiter le pédicule, dès qu'il est accessible comme pour *b*) ou *c*) (se méfier de l'inversion de l'utérus : examen à l'hystéromètre, au doigt).

Traitement consécutif comme pour *b*).

e) Polype sphacélé :

1° Ablation comme pour *b*) *c*) *d*).

2° Curettage (Voir *Métrite*), injection intra-utérine (I. 3°).

3° Tamponnement utérin à la gaze iodoformée.

Si le pédicule, nettement intra-utérin, s'insère haut, débrider latéralement le col de deux coups de ciseaux.

Fibromyome sous-muqueux sessile :

a) De la portion vaginale du col :
Énucléation :
Inciser la muqueuse sur la tumeur et énucléer le fibrome avec l'index ou la pointe des ciseaux mousses fermés.
Mèche de gaze intra-utérine et vaginale.

b) De la portion sus-vaginale du col:
Myomotomie transvaginale.

c) Du corps :
1° Morcellement de la portion intra-vaginale (si elle existe).
2° Énucléation de la portion intra-utérine (avec ou sans morcellement).

Si la tumeur intra-utérine est difficilement accessible :
Débrider latéralement le col de deux coups de ciseaux ou, s'il y a lieu, hystérotomie médiane antérieure, énucléation de la tumeur, suivie de suture utérine.
Tamponnement utérin à la gaze iodoformée.

B. — Cancer.

Hystérectomies (s'il y a indication).
Sinon : *Curettage* (Voir *Métrite*) :
Technique : Anesthésie générale ; antisepsie du vagin. Malade en position dorso-sacrée.

Avec une curette tranchante à long manche, gratter les fongosités néoplasiques jusqu'au tissu sain (résistance, cri spécial) ; curetter avec prudence, en avant surtout (vessie, uretères) ; manœuvrer toujours parallèlement au tissu utérin, jamais perpendiculairement (perforation).
Cautérisation énergique au thermocautère et pansement avec mèche de gaze aseptique au bleu de méthyle.

C. — Métrite hémorragique.

(Voir *Métrite*).

OCCLUSION INTESTINALE

Éléments étiologiques : 1° *Occlusion vraie, mécanique.* — Causes : *a*) En dehors de l'intestin (brides, adhérences, tumeurs, orifices normaux ou accidentels) ; *b*) dans les parois intestinales (volvulus, invagination, rétrécissements) ; *c*) dans la cavité de l'intestin (corps étrangers...).
2° *Pseudo-occlusion, occlusion dynamique, ileus paralytique* (paralysie, contracture spasmodique segmentaire).
Signes cliniques : 1° *Occlusion aiguë :* Début brusque en pleine santé ; stase stercorale absolue ; ni matière ni gaz par l'anus ; douleur intense ; nausées, vomissements glaireux, bilieux, pouvant devenir plus ou moins rapidement fécaloïdes ; ballonnement du ventre rapidement progressif ; stercorémie ; pouls très rapide, très petit, inégal, intermittent ; facies grippé, pâle, amaigri ; yeux excavés, bordés de noir, nez pincé, pommettes marbrées ; respiration précipitée, superficielle ; voix cassée ; hypothermie ; refroidissement des extrémités...
2° *Occlusion chronique :* Constipation habituelle de plus en plus rebelle, interrompue par des débâcles de plus en plus rares ; ventre légèrement ballonné et douloureux ; arrêt stercoral quasi absolu, émission de quelques gaz ; stercorémie atténuée ; pouls rapide, mais bien frappé ; facies pâle, amaigri, mais non grippé ; vomissements peu fréquents, glaireux, muqueux, tardivement fécaloïdes. Crises d'occlusion aiguë venant se greffer parfois sur cet état d'obstruction chronique. Mort dans le collapsus par intoxication progressive...

Indication thérapeutique : Ne pas quitter le malade avant d'avoir rétabli le cours des matières.

I. — OCCLUSION AIGUE.

A. — **Diagnostic de la cause impossible** (cas le plus fréquent) ; **début récent, intoxication encore peu profonde** (pouls).

Laparotomie précoce : Faire immédiatement appel à un chirurgien.

En l'attendant : Donner un *lavement électrique* (pile à courants continus avec galvanomètre).

Technique : 1° Mettre le malade en position de la taille ;
2° Injecter dans le rectum, lentement et progressivement, un demi-litre d'eau salée (quantité variable suivant la sensibilité de l'intestin).
3° Introduire l'excitateur rectal (pôle positif).
4° Appliquer sur l'abdomen la plaque métallique recouverte de peau de chamois fortement imprégnée d'eau salée (pôle négatif).
5° Faire passer le courant et le renverser de temps en temps.
Prolonger la séance dix minutes ou un quart d'heure.

A défaut de machine à courants continus :
Recourir à *l'entéroclyse :*

Technique : Attitude du malade : Le placer en travers, le siège sur le bord du lit, en position de la taille.
1° Introduire dans l'intestin, par l'anus, une sonde œsophagienne bien vaselinée, le plus haut possible ; laisser la sonde trouver elle-même sa voie, sans jamais forcer.
2° Fixer à l'extrémité de la sonde le tube d'un bock-laveur renfermant 4 litres d'eau bouillie tiède ou d'huile stérilisée.
3° Élever le bock, petit à petit et progressivement, jusqu'à 50 centimètres au-dessus de la région anale (hauteur maximum). Injecter, chez l'adulte, la totalité du liquide ; la moitié chez l'enfant.
4° Retirer la sonde.

Surveiller attentivement l'expulsion du lavement (gaz, matières).

En cas d'échec :

Ne pas perdre son temps à l'emploi de ces moyens et, en l'absence de secours chirurgicaux (*laparotomie*), pratiquer l'*entérostomie temporaire.*

Technique : Soins préparatoires : Antisepsie.
Anesthésie locale à la cocaïne (solution au centième) ou anesthésie générale, si l'état du malade le permet.
1° *Incision des parois abdominales :* Du milieu de l'arcade crurale droite et à deux travers de doigt au-dessus, commencer une incision de 8 centimètres, oblique en haut et en dehors, parallèlement à cette arcade : inciser la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du grand oblique, le petit oblique, le transverse et le fascia profond ; saisir le péritoine avec une pince à dissection et faire prudemment, au bistouri, sur le pli péritonéal ainsi formé, une petite boutonnière ; agrandir cette boutonnière, plonger l'index gauche dans le ventre et, sur ce doigt protecteur, inciser le péritoine par en haut et par en bas ; repérer les lèvres de la séreuse à l'aide de pinces à forcipressure.

2° *Recherche du cæcum :* Le reconnaître à son volume et à ses bandelettes.
a) Il est distendu : Pincer entre le pouce et l'index la paroi cæcale qui se présente et la maintenir au dehors.
b) Il est flasque : Saisir de même et maintenir au dehors la face qui se présente de l'anse grêle dilatée la plus accessible ; ne pas toucher au cæcum.
3° *Fixation de l'intestin :* Avec une aiguille courbe fine et de la soie fine (points séparés), fixer la paroi herniée de l'intestin au péritoine pariétal doublé du fascia profond ; faire, au niveau de l'intestin, des points non perforants ; commencer par les points commissuraux.
4° *Ouverture de l'intestin :* Fermer la paroi abdominale au-dessus et au-dessous de l'intestin fixé ; faire, au bistouri ou aux ciseaux, une petite ouverture à l'intestin, entre les deux lignes de suture, droite et gauche.
5° *Pansement :* Placer sur l'anus un chiffonné de gaze aseptique enduite de vaseline boriquée ; coton hydrophile ; bandage de corps.

Faire pratiquer plus tard, s'il y a lieu, une laparotomie secondaire.

B. — Diagnostic causal presque certain ; début récent, intoxication encore peu profonde.

a) Pseudo-occlusion ; iléus paralytique :
Lavements électriques : I. A.
Entéroclyse (*Idem*).
En cas d'échec : Ne pas insister. Penser à une erreur de diagnostic et agir comme pour A.
Si une laparotomie démontre la pseudo-occlusion :
Faire une *entérostomie temporaire* avant de refermer le ventre.

b) Occlusion vraie, mécanique :

Laparotomie immédiate.

En cas d'inexpérience ou d'assistance et d'outillage insuffisants :

Entérostomie temporaire (au-dessus de l'obstacle) et, plus tard, s'il y a lieu, laparotomie secondaire.

C. — **Diagnostic causal comme A ou B, mais début ancien, stercorémie très accentuée** (Pouls, filiforme, vomissements fécaloïdes) :

Entérostomie temporaire droite.

II. — OCCLUSION CHRONIQUE.

A. — Par coprostase :

1° Lavement électrique. Entéroclyse (lavement huileux).

2° *En cas d'échec :* Entérostomie temporaire.

B. — Par tumeur abdominale :

1° *Intoxication peu profonde et tumeur extirpable :* Laparotomie et extirpation de la tumeur.

2° *Intoxication peu profonde et tumeur inopérable :* Anus contre nature.

3° *Intoxication profonde et tumeur opérable :*

Entérostomie temporaire et, plus tard, laparotomie secondaire pour enlever la tumeur.

C. — Par cancer de l'intestin bas situés.

Technique : Anus contre nature :

Soins préparatoires et anesthésie : Comme pour entérostomie temporaire.

1° *Incision des parois abdominales :* Comme pour entérostomie temporaire, mais à gauche ;

2° *Recherche de l'S iliaque* (bosselures, bandelettes longitudinales, appendices épiploïques). Si les anses grêles se présentent, les écarter avec des compresses aseptiques et chercher l'S iliaque en dedans, vers le promontoire ; la saisir

et attirer au dehors l'anse complète, en canons de fusil.

3° *Fixation de l'anse :*

a) S'il y a urgence à ouvrir l'intestin : Fixer l'anse par des sutures intestino-pariétales (comme pour l'entérostomie temporaire) ; mais, au niveau de la partie moyenne de l'anse, passer les fils tout près de l'insertion mésentérique (éperon).

b) Si rien ne presse : Perforer avec le doigt le mésocôlon iliaque et introduire, par cette ouverture, une sonde en gomme aseptique sur laquelle l'anse reste à cheval et qui repose par ses deux bouts sur la paroi abdominale ; recouvrir l'anse ainsi fixée de compresses aseptiques.

4° *Ouverture de l'anse :* Tout de suite *a*) ou quarante-huit heures plus tard *b*), inciser l'anse au bistouri ou au thermocautère, parallèlement à son grand axe et sur une petite étendue.

5° Suturer à la peau les bords de l'ouverture intestinale.

6° Pansement vaseliné.

D. — Par cancer de l'intestin haut situé (intestin grêle) :

Entero-anastomose.